

.....

.....

.....

Pełna nazwa Oferenta/osoby udzielającej świadczeń

..... dnia .....

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego  
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi  
90-153 Łódź, ul. Kopcińskiego 22

### **OŚWIADCZENIE OFERENTA/OSOBY UDZIELAJĄCEJ ŚWIADCZEŃ**

Oświadczam, że zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego, o którym mowa w art. 21 i nast. Ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U z 2023, poz. 1304 z późn. zm.) najpóźniej do dnia podpisania umowy\*

.....  
data, pieczęć i podpis Oferenta  
/osoby udzielającej świadczeń

*\* obowiązek wynika z ustawy z dnia 28 lipca 2023 r. o zmianie ustawy - Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U z 2023 r. poz. 1606) tzw. Ustawa Kamilka*